

ANNEE 1936

N°

513

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MEDECINE)

PAR

Tibor FODOR

Né à Budapest, le 18 Octobre 1910

La réhabilitation de la névralgie intercostale essentielle

Les erreurs de diagnostic

Président : M. Maurice VILLARET, Professeur.

IMPRIMERIE LANTOS FRERES ET MASSON

86, rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS

1936

ANNEE 1936

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MEDECINE)

PAR

Tibor FODOR

Né à Budapest, le 18 Octobre 1910

La réhabilitation de la névralgie intercostale essentielle

Les erreurs de diagnostic

Président : M. Maurice VILLARET, Professeur.

IMPRIMERIE LANTOS FRERES ET MASSON

86, rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS

1936

I. —PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie.	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAYASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD.	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
De GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD.	Histologie.
HAGUENAU.	Pathologie médicale.
HALPHEN.	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD.	Pharmacologie.
HUGUENIN.	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL	Obstétrique.
LAROCHE Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE.	Pathologie expérimentale.
LEVEUF.	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN.	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES.	Obstétrique.
RICHET.	Physiologie.
SANNIE.	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET.	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
LEROUX.	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.		
ABRAMI.	} Clinique médicale.	
ALAJOUANINE.		
AUBERTIN.		
BRULÉ.		
CHABROL.		
CHIRAY.		
DONZELOT.		
DUVOIR.		
LIAN.		
PASTEUR-VALLERY- RADOT.	} Clinique chirurgicale.	
SEZARY.		
MM.		
BASSET.		
BROCQ.		
CADENAT.		
GATELLIER.		
HEITZ-BOYER.		
MOURE.		
QUENU.		
SCHWARTZ.	} Clinique obstétricale.	
VELTER.		
MM.		
EGALLE.		
GUÉNIOT.		
LE LORIER.		
LEVY-SOLAL.		
METZGER.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE.	Puériculture.
RUFFU.	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Maurice VILLARET

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur d'Hydrologie thérapeutique
et climatologie.
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BITH

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris
Assistant du Service du Professeur Villaret à l'Hôpital Necker.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse,
avec notre reconnaissance profonde.

**A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HÔPITAUX DE PARIS.**

A LA MÉMOIRE
DE MA SŒUR MARGUERITE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE
Qui m'ont appris l'honnêteté et le dévouement.

Témoignage de mon amour filial et de ma reconnaissance profonde.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Les erreurs de diagnostic peuvent avoir des conséquences sérieuses, non seulement quand on méconnaît une maladie grave, mais aussi dans les cas inverses (nous voulons parler de la névralgie intercostale) où l'individu est soumis à une thérapeutique erronée, dirigée par un diagnostic faux, contraignant le malade à des restrictions ou même à des opérations quelquefois multiples aussi inutiles qu'inefficaces. Les malades continuent à souffrir et cela joue un rôle important, car la maladie, quoique absolument bénigne, retentit sur le moral dans les cas prolongés, continus ou survenant par crises. Ces crises, par leur intensité ou par les points douloureux qu'elles déterminent, sont la base, surtout chez les malades nerveux, de maintes erreurs.

Avant d'exposer l'évolution des idées, concernant la névralgie intercostale essentielle, il faut s'entendre sur la signification du mot : essentielle.

Il est de toute évidence qu'essentielle ne veut pas dire : sans cause. Toute névralgie essentielle est forcément secondaire à quelque chose. Mais toute névralgie n'est pas symptomatique d'une maladie des organes sous jacents au territoire nerveux qui souffre, ou d'une lésion de la colonne vertébrale, ou d'une atteinte inflammatoire du nerf (névrite) ou de sa racine (radiculite).

Le mot essentielle ne veut pas dire, comme dans beaucoup d'affections : ignorance, car nous en connaissons quelque causes plus ou moins éloignées ; c'est-à-dire plus ou moins près de son origine première.

Nous ne pouvons faire mieux que d'emprunter les paroles du professeur Sicard : « Les algies intercostales essentielles sont dûes : à une réaction du nerf au voisinage de lésions osseuses cellulaires

ou fibreuses, rhumatismales, soit au niveau des trous de conjugaison, soit le long de la gouttière osseuse costale par cellulite...»

Ce qui nous a frappé le plus dans nos observations, c'est le contraste qui existe souvent entre ses manifestations dramatiques et le pronostic, dont la bénignité est un des caractères fondamentaux de la névralgie intercostale essentielle.

Ce diagnostic a été fait auparavant, mais aujourd'hui la majorité des médecins et non les moins connus nie son existence. Ceci est d'autant plus curieux, que l'on admet d'autres névralgies essentielles, comme: lumbago, sciatique, etc.

Comment se fait-il, que cette maladie qui est, nous le croyons, assez fréquente, est tombée en discrédit? Il semblera peut être un peu osé d'affirmer que c'est par le progrès de la science. Dans la littérature où nous avons cherché des observations semblables aux nôtres, nous n'en avons trouvé que peu; par contre, très grand est le nombre de celles qui sont secondaires à une maladie, comme l'ulcère de duodenum, pleurésie, cancer vertébral, etc. Le perfectionnement de nos moyens d'investigation, a fait que les médecins ont pu découvrir ces lésions diverses au cours de névralgies prises pour essentielles, dont le domaine est devenu de plus en plus étroit et les causes surgissant de plus en plus nombreuses, on a fini par dire, que toute était secondaire et que l'essentielle n'existait pas.

C'est ainsi que la névralgie intercostale essentielle a disparu, victime d'une tendance humaine: la généralisation.

Pourtant un autre mouvement s'est dessiné en même temps, tendant à prouver l'existence de la névralgie essentielle.

Wettersvald en 1910, dans son livre sur les névralgies et ses causes affirme que celle-ci n'est autre chose dans la majorité des cas, qu'une cellulite, maladie décrite bien avant 1900 par les masseurs suédois, qu'il attribue à une sorte d'œdème sous-cutanée, pouvant simuler des maladies diverses (angine de poitrine, appendicite, etc.). Il écrit notamment: « Les troubles fonctionnels qui accompagnent si souvent ces algies sont une source de diagnostic erronnés et de traitement inefficace ». Une dizaine d'années plus tard (1922) il confirme ses travaux précédents. Il guérit ces malades par le massage.

Sans discuter la conception de la cellulite, on est obligé de reconnaître les faits, que l'on peut résumer ainsi: il y a des algies qui ne tirent leurs origine d'aucune lésion, ni viscérale, ni de la colonne vertébrale, etc., et qui guérissent par le massage du territoire atteint.

Janowski, en 1911, publie la conclusion de ses observations au sujet de la névralgie intercostale: « Sur 4900 malades, que j'ai vus ces dernières années, j'ai dû porter le diagnostic de névralgie intercostale 440 fois. Sur ce total de 440 cas, pas une seule fois la névralgie intercostale ne s'est montrée comme un symptôme d'une autre maladie: anévrisme de l'aorte, tumeur ou carie des vertèbres, néoplasme du canal médullaire, méningite spinale, tabès, myélite, etc. Il guérit ces malades par les antinévralgiques et les vésicatoires.

Le professeur Lian, déjà avant la guerre de 1914, observa des névralgies thoraco-brachiales donnant une symptomatologie absolument semblable à celle de l'angine de poitrine.

Dès 1927, le Dr. J.B. Carnette, de Philadelphie, dans une série d'articles, met en garde le praticien contre les erreurs de diagnostic que l'on commet en accusant des organes abdominaux sous-jacents à un territoire douloureux, comme étant responsable de ces souffrances: « Appendicectomie pour appendicite chronique ne guérit pas les symptômes préopératifs, dans un grand nombre de cas, comme c'est prouvé par l'observation des malades suivis longtemps après l'opération faite par beaucoup de chirurgiens capables. Il fait les mêmes constatations pour d'autres maladies comme appendicite aigüe, cholécystite, etc.

Le Dr. Pritchard, de Battle Creek, Michigan, cherche à démontrer, en 1929, qu'il existe des douleurs thoraciques simulant la pleurésie et entre autres causes il mentionne la névralgie intercostale, qu'il considère comme une entité clinique, que l'on doit distinguer de la névrite et de la radiculite.

Ainsi l'évolution clinique de certaines algies et l'observation minutieuse des faits, tendent à prouver l'existence de la névralgie intercostale essentielle. Nous désirons contribuer à ce travail en les résumant et en apportant nos observations personnelles.

ETIOLOGIE

Il y a à distinguer suivant les classiques, les causes prédisposantes et occasionnelles. La neurasthénie, la diathèse urique, le rhumatisme, l'amaigrissement rapide, tuberculose et même les incurvations de la colonne vertébrale prédisposent aux névralgies.

Les infections, refroidissements, certaines attitudes des membres, par tiraillement ou de la colonne vertébrale, par pincement des nerfs, en fermant les trous de conjugaison, sont des causes occasionnelles.

Les infections ont une influence certaine et tous ceux qui se sont occupés de névralgie ont observé ce fait.

Dans les observations de Janowski, il y avait 19 cas après une maladie infectieuse, comme la grippe, angine banale, etc. L'infection peut être minime, les malades ne s'en doutent quelquefois pas. Dans une de nos observations, une névralgie à répétition s'est installée après un abcès de la gorge. Carnette pense que les infections des voies respiratoires supérieures donnent une bonne partie des névralgies.

Le refroidissement comme cause de névralgies est connu depuis Hyppocrate, qui disait que les algies de la poitrine revenaient avec les vents froids. Aujourd'hui on voit des automobilistes souffrir de l'épaule gauche ou droite suivant que le volant est à gauche ou à droite.

Wettersvald pense que les névralgies sont dues à la cellulite, elle-même, reconnaissant comme cause l'autointoxication.

En sommes la névralgie est due à une intoxication par trouble de la nutrition ou par infection chronique ou aigüe.

Pathogénie.

Suivant Wettersvald, les algies sont dues à la compression des nerfs, la compression à la cellulite, la cellulite à l'autointoxication chro-

nique. Les incurvations de la colonne vertébrale agissent aussi par compression. Dans les cas où la névralgie se présente sous forme d'une attaque unique, le malade n'ayant jamais souffert auparavant et ne souffrant plus après, il faut penser qu'il s'agit d'une fluxion passagère au niveau des trous de conjugaison, comme l'a décrit Forestier.

SYMPTOMATOLOGIE

Le symptôme unique est la douleur : spontanée et provoquée, limitée à une région restreinte ou quelquefois diffuse, envahissant un hémithorax ou la moitié de l'abdomen et dans quelques cas très rares elle peut être même bilatérale.

Cette douleur survient par paroxysmes extrêmement violents.

La douleur spontanée peut ne pas avoir de caractère spécial, dans d'autres cas les malades se plaignent de constriction thoracique, de brûlures, d'élançements. Cet état peut s'accompagner d'une agitation continue, ou au contraire d'une immobilité presque absolue, et alors le malade a une respiration superficielle et par conséquent rapide, n'osant ni tousser, ni se moucher, car tout mouvement, aussi léger qu'il soit, cause des douleurs insupportables. Une sensation d'angoisse, de mort imminente, va de pair souvent avec cet état. Pendant une telle crise un malade a dit : « Je vais mourir, je ne reverrai pas le jour » ; un autre a pris ses dernières dispositions.

Mais les attaques ne sont pas toujours aussi violentes. Les intermédiaires entre les paroxysmes douloureux et les crises légères sont possibles. Leur fréquence est variable : plusieurs fois par mois, ou ne survenant que très rarement, des mois et même des années pouvant s'écouler entre deux crises.

Entre celles-ci la douleur spontanée est très faible ou même nulle, mais la douleur provoquée par la pression de certains points ré-

vèle habituellement l'irritation d'un ou plusieurs nerfs intercostaux.

Ces points peuvent être très nombreux. échappant ainsi à toute description, mais il y en a qui ont un siège constant et ce sont ceux justement qui sont les plus fréquents. Le point paravertébral existe presque toujours. Il se trouve à 3-4 centimètres de la ligne des apophyses épineuses au niveau des trous de conjugaison. Les points à l'extrémité antérieure des espaces intercostaux se trouvent à 2-3 centimètres du sternum.

Les points axillaires sont sur la ligne axillaire médiane. Le point mammaire, sous le mamelon se rencontre avec une grande fréquence chez les femmes, du côté gauche.

Sur la paroi abdominale, les points sont situés: le long du bord externe du grand droit de l'abdomen, correspondant à l'endroit où les branches nerveuses pénètrent le fascia transversalis et l'aponevrose pour se rendre à ce muscle.

Un de ces points est le point cystique, en même temps, un autre situé plus bas correspond au point de Mac Burney.

Au moment des crises, la pression sur ces points provoque une douleur excessive, les malades se dérobent constamment à l'exploration, fuyant le doigt.

Par le pincement de la peau on arrive aux mêmes résultats que par la pression: points douloureux séparés par des intervalles sains ou tout au moins d'une sensibilité moindre, ce qui est le cas quand, dans la zone atteinte, existe une hyperesthésie plus ou moins marquée. Cette dernière est parfois telle que le frôlement le plus léger devient fortement pénible, le malade ne pouvant même pas supporter ses vêtements.

Certaines attitudes de la colonne vertébrale peuvent réveiller la douleur ou causer une crise violente. Ce sont ceux qui ferment les trous de conjugaison. Moi même, sujet à des névralgies, je souffre dans l'hypocondre gauche si je reste assis longtemps, ayant l'habitude de me tenir recourbé. Il me suffit de me redresser pour que les douleurs se dissipent au bout de dix à quinze minutes.

Il y a enfin des cas où la névralgie s'accompagne de troubles fonctionnels: palpitations, extrasystoles, nausées, vomissements. Souvent ces symptômes peuvent être provoqués par la pression sur les points douloureux.

FORMES CLINIQUES

Les variations que peut présenter la névralgie intercostale sont infinies, quant à son siège, son étendue, son intensité et la fréquence des crises. Nous allons donner quelques formes qui par leurs sièges ou par les troubles fonctionnels qui les accompagnent, simulent certaines maladies, dont la douleur est un symptôme prédominant.

Névralgies thoraciques:

a) Forme pseudo-pleuro-pulmonaire: point de côté violent, exagéré par la pression, dyspnée à cause de la douleur, température possible, si la cause occasionnelle est une petite infection.

b) Douleur chronique, dans la région sus-épineuse, spontanée et provoquée et ceci est très net par comparaison avec l'autre côté. On en fera souvent une pleurite du sommet.

c) Quand la douleur siège à gauche, on pensera à une maladie cardiaque. Il existe quelques formes spéciales:

1) Fausse angine de poitrine. La douleur survient par paroxysme, siège dans la région précordiale, consiste en une sensation de constriction thoracique, de mort imminente. L'irradiation dans le bras gauche ou l'engourdissement de celui-ci, ne fait qu'augmenter la similitude entre les deux maladies. (Remarque: la névralgie du plexus brachial va de pair souvent avec). Cette forme est connue depuis Huchard, mais comme dit le professeur Lian, elle a été oubliée depuis lors.

2) Chez les femmes on observe souvent la forme suivante: le soir, elles se couchent sans aucun malaise. La nuit elles se réveil-

lent brusquement, prises d'une douleur forte au cœur, angoissées, dyspnéiques. Cela arrive toujours quand elles se couchent sur le côté gauche. Sur le dos ou sur le côté droit elles peuvent se rendormir. La crise ne dure que quelques minutes. On trouve chaque fois le point sous-mammaire.

3) Des palpitations extrasystoles peuvent accompagner la névralgie précordiale, sans aucune lésion cardiaque.

Névralgies abdominales.

a) Formes gastriques. Janowski qui les observa les décrit ainsi: Les malades éprouvent une douleur à l'estomac (points dans le 8^e et 9^e espace). Ils ont des nausées après chaque repas un peu copieux, quelle que fut la qualité des mets. Cette douleur peut durer 5 à 6 heures et aboutir au rejet des aliments. La recherche des points douloureux provoquait chez quatre malades une salivation abondante et l'une d'elle commençait à vomir légèrement. Il est important à noter qu'il guérit ces malades par des vésicatoires sur les points douloureux.

b) Forme simulant une cholecystite ou lithiasé biliaire. La douleur siège au point cystique. Janowski observa six cas pris pour une cholelithiasé. Une fois la douleur s'irradiait dans l'omoplate. Suivant Carnette les accès peuvent être légers ou violents, tout à fait semblables aux attaques de cholecystite avec irradiation à l'angle de l'omoplate, indépendamment du fait que la vésicule est enlevée ou non.

Quand on palpe la région douloureuse, si la malade fait une inspiration profonde, la paroi abdominale se rapproche du doigt palpant, la pression par conséquent devient plus forte, le malade accuse une douleur violente. Cela simule le signe de Murphy.

c) Pseudo appendicite. L'atteinte des derniers nerfs intercostaux peut simuler l'appendicite chronique ou même aiguë. La douleur siège bas. La pression au point de Mac Burney réveille la douleur. La constipation peut coexister. Elle est d'une constatation fréquente chez les femmes. Janowski trouve parmi ses 440 cas de névralgie, 9 qui simulèrent l'appendicite. Jusqu'en 1922, après 10 années d'observation, ce nombre augmente beaucoup.

Dans un cas de Wettervald, une femme qui fut opérée pour appendicite, avec un insuccès éclatant, guérit par le massage.

Carnette dans une série d'articles montre comment il faut distinguer la névralgie de l'appendicite. Nous y reviendrons.

d) La colite, la sygmoïdite, etc., peuvent être simulées suivant le siège du point douloureux.

e) Quand la douleur est au niveau des dernières vertèbres dorsales (points paravertébraux) on pense à une maladie des reins. Forestier a bien vu ces erreurs.

f) Une perforation intestinale peut être simulée aussi par la névralgie, quand les fibres motrices sont aussi excitées. Il y a alors contracture généralisée de la paroi abdominale avec prédominance possible dans une région. Cela est excessivement rare.

g) Une forme spéciale est décrite par le professeur Sicard. C'est l'algie chondro-costale antérieure, localisée à l'union des côtes avec les 7^e, 8^e, 9^e, 10^e et 11^e cartilage costal.

DIAGNOSTIC

L'histoire de la maladie peut déjà faire penser à l'existence d'une névralgie. Le malade se plaint de douleurs plus ou moins fortes, depuis longtemps dans une région ou ce qui est beaucoup plus caractéristique de la névralgie essentielle, dans des régions différentes, de même que les attaques peuvent siéger dans différents endroits. Cela a alors une grande valeur de diagnostic, sans être un signe pathognomonique.

La douleur entre les crises peut être tellement faible que les malades ne pensent pas à les mentionner au médecin. Un interrogatoire soigneux est nécessaire. Il ne faut pourtant pas rejeter le diagnostic de névralgie, si, malgré toute insistance, le malade affirme n'avoir jamais souffert avant sa crise douloureuse.

Quand les douleurs continues disparaissent par le repos prolongé pour reparaitre dès que le malade essaie de reprendre sa vie normale, il faut penser à une incurvation anormale de la colonne vertébrale (scoliose, lordose exagérée etc). Cela touche surtout les dernières vertèbres dorsales.

Après avoir interrogé son malade on passe à l'examen clinique, qui consiste à rechercher la douleur provoquée : par la pression, par pincement et en imprimant à la colonne vertébrale des mouvements.

La meilleure manière de chercher les points douloureux est variable suivant l'endroit examiné.

Pour les points paravertébraux on fait pencher le malade légèrement en avant. On exerce ensuite, de haut en bas, à 3—4 centimètres de la colonne vertébrale, au niveau de chaque trou de conjugaison, une pression assez forte par la saillie que forme l'articulation de la première et deuxième phalange, quand le doigt est recourbé en crochet. Il est recommandable de refaire le même manœuvre 2 ou 3 fois, et comparer le côté douloureux avec le côté sain, pour contrôler si le malade accuse toujours et uniquement les mêmes points.

Sur le thorax on applique la main à plat, le médius dans l'espace intercostal exploré, et alors on exerce la pression par la pulpe du médius en imprimant à la peau un mouvement de va et vient.

Nous décrirons la recherche des points sur l'abdomen à propos du diagnostic différentiel.

Le pincement de la peau s'effectue en prenant un large pli comprenant la graisse et le tissu cellulaire sous-cutané. Quelquefois le pincement doit être assez fort pour déterminer la douleur. Il faut alors comparer avec des régions saines où une pression beaucoup plus considérable ne réveille pas la douleur. Très instructif est quand on trouve un point près de la ligne médiane, car alors on peut le pincer à travers celle-ci et en même temps que le point symétrique. Le malade ne se plaint que du côté malade. Cela permet d'éviter l'erreur que des pincements inégaux pourraient déterminer.

Après ces examens on fera pencher fortement le malade en avant puis en arrière et on imprimera au thorax des mouvements de torsion à gauche et à droite pour essayer de réveiller la douleur.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

La névralgie intercostale peut prêter à erreur avec beaucoup de maladies. C'est justement la constatation de ce fait qui nous a amené d'en faire le sujet de notre thèse. Voici ce que dit Janowski à ce sujet : « Il arrive parfois que les malades qui ressentent depuis longtemps certaines douleurs qu'ils ne savaient pas être des névralgies intercostales, éprouvent subitement une douleur atroce, comme il arrive fréquemment dans toutes les névralgies et dans ces cas les douleurs donnent lieu aux fausses interprétations suivantes :

Tellement localisées qu'un médecin n'ayant pas une très grande expérience de ces manifestations névralgiques, les prendra pour toute autre chose, par exemple, colique hépatique, pleurésie etc.

Tellement diffuses et intenses et déterminent une telle anxiété et une telle excitation, que les malades ne sont pas capables de donner des indications précises. »

Donc la première étape est d'éliminer les viscéralgies. Pour les névralgies de la paroi abdominale nous prenons comme type le

pseudo-appendicite. Tout ce que nous écrivons à ce sujet ressort des travaux du Dr. Carnette.

Habituellement quand on veut palper l'abdomen d'un sujet, on commence par avoir sa confiance, pour faire relâcher complètement sa paroi abdominale, et pouvoir palper en profondeur. On oublie alors, qu'avant d'arriver aux organes profonds, on appuie sur les plans interposés entre ceux-ci et la main qui palpe. Si la sensibilité de la paroi est exagérée, on réveille la douleur et on attribue ce fait à une lésion organique sous jacente. Pour discerner ce qui est dû à la paroi et à l'appendice, il faut palper au dessus des muscles relâchés, puis tendus. Il faut exercer une pression sur l'abdomen avec le bout d'un doigt et à l'angle droit. On se trouve alors, dans l'un des cas suivants :

1) La douleur qui existe quand les muscles sont relâchés *disparaît* quand ceux-ci sont tendus au maximum.

Pour faire contracter les muscles abdominaux on demande au malade couché de relever la tête, ou lever ses pieds et cuisses en extension.

2) La douleur *persiste*.

Dans le premier cas il s'agit d'une lésion viscérale. La douleur disparaît car le doigt est arrêté par les muscles contractés, ne pouvant pas ainsi presser sur l'appendice et déterminer la douleur.

Dans le deuxième cas il s'agit d'une sensibilité exagérée de la paroi, que l'on doit démontrer par d'autres manœuvres : pincement, pression sur les troncs nerveux et comparaison avec des régions saines. Nous les avons décrits.

Mais chose importante, il est nécessaire de comparer l'intensité de la douleur avant et après la contraction volontaire des muscles de l'abdomen. Si elle est égale, elle est pariétale, mais si la pression est plus douloureuse par la palpation profonde, il faut conclure à la coexistence d'une névralgie et d'une lésion viscérale sous-jacente. De là l'épreuve est excessivement difficile chez les enfants et les personnes peu intelligentes.

Le médecin doit avoir une très grande patience et doit pouvoir convaincre les malades de la nécessité de cette exploration, car souvent à cause de la douleur violente, ils s'impatientent et se refusent à l'examen. Ces faits enlèvent peut-être de la valeur de ces

épreuves, mais nous n'avons pas le droit de passer sous silence ces imperfections.

La radioscopie peut aussi induire en erreur, car elle montrera que la pression au niveau de l'appendice est douloureuse. Le radiologue non averti ne cherchera pas si la douleur existe à d'autres points, et aussi la radioscopie n'en montre pas la nature.

L'épreuve de la palpation, comme nous l'avons décrit, est très importante car vomissements, constipation, température peuvent coexister avec la douleur sans avoir une signification quelconque. Cette épreuve est valable aussi quand il y a contracture de la paroi abdominale. Suivant Carnette si le malade ajoute la contraction volontaire de ses muscles abdominaux, la douleur par la pression disparaît, s'il s'agit d'une lésion viscérale.

La névralgie peut apparaître au cours d'une suppuration à distance de l'abdomen (amygdales p. ex.) et alors le nombre des leucocytes est élevé.

L'épreuve de la palpation n'est pas applicable au thorax. Là comme d'ailleurs à l'abdomen aussi, il faut éliminer les lésions viscérales en se basant sur l'absence de symptômes propres à chaque maladie.

La pleurésie et pleurite sont une cause d'erreur fréquente. Il est nécessaire dans les cas douteux de mettre en œuvre les acquisitions de la science moderne (radioscopie-graphie).

Dans les cas de fausse angine de poitrine le diagnostic peut être excessivement difficile. Il n'y a aucun signe clinique absolu pour distinguer l'un de l'autre. Quand les douleurs apparaissent aussi bien à la marche qu'au repos, quand elles existent faiblement depuis longtemps, quand le malade est agité et s'il est jeune, on pensera à une névralgie et on cherchera les points. La névralgie est calmée par l'antipyrine à haute dose, l'angine de poitrine vraie ne l'est jamais (Huchard). Les deux maladies peuvent coexister, et dans certains cas il est prudent de faire un orthodiagramme et un électrocardiogramme.

Avant d'aller plus loin, nous attirons l'attention sur le fait que la névralgie peut exister en même temps qu'une lésion viscérale sous-jacente au territoire qui souffre. C'est une constatation qu'il ne faut pas perdre de vue.

La deuxième étape du diagnostic différentiel est l'élimination

des maladies de la moëlle ou de la colonne vertébrale (compression, tumeurs intrarachidiennes, etc). Il faut y penser chaque fois que la douleur est continue ou d'emblée bilatérale. Il est obligatoire dans ces cas de faire un examen complet du système nerveux, examen radiologique de la colonne vertébrale face et profil, ponction lombaire.

Troisième étape : diagnostic entre funiculite, névralgie, et radiculite.

Nous avons mis ensemble les funiculites et les névralgies, car ils ont des caractères communs : il ne s'agit pas d'une atteinte du nerf même, ni d'une lésion viscérale qu'ils peuvent simuler, le pronostic est le même et le traitement peut être pareil. D'ailleurs les deux maladies existent souvent ensemble, comme Forestier le dit lui-même. Nous donnons pour être complet les caractères des funiculites : contracture paravertébrale, douleurs par les mouvements du rachis; P.L. : hyperalbuminose sans réaction lymphocytaire: absence de douleur à la pression des troncs nerveux.

La radiculite s'accompagne de troubles nerveux sensitifs importants, la topographie en est radiculaire, les troubles réflexes sont marqués. Absence de douleur à la pression, à l'extension des nerfs périphériques, pas de contracture paravertébrale et lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien, sont les éléments d'une radiculite (Forestier).

Une maladie spéciale : le zona mérite d'être mentionnée. Elle ne s'accompagne pas de points douloureux, mais l'hyperesthésie de la peau empêche quelquefois de rechercher ceux-ci. Seule l'évolution tranche alors le diagnostic.

PRONOSTIC.

Toujours bénin si le diagnostic est fait et un traitement juste est institué. La névralgie intercostale essentielle peut guérir seule et cela est sa tendance habituelle. Nous ne parlons naturellement pas du terrain prédisposant.

Si la maladie est méconnue et les crises sont rapprochées, le psychisme du malade peut en souffrir plus ou moins gravement, comme nous l'avons indiqué dans l'introduction.

TRAITEMENT

Traitement causal et préventif. Il faut lutter contre les infections, autointoxications, refroidissements. Quand il s'agit de scoliose, lordose exagérée, etc. : redressement.

Traitement symptomatique : antinévralgiques, sédatifs généraux, révulsifs chimiques et physiques. injections locales.

Les antinévralgiques habituels : antipyrine, phénacétine, pyramidon, salicylate de soude, aspirine etc., seront donnés à dose forte.

Quand le sujet est nerveux, hypersensible qui par une réaction psychique exagère sa douleur, il est utile de donner des sédatifs généraux : bromures, gardenal etc. L'opium est parfois nécessaire au cours des crises.

Parmi les révulsifs chimiques nous mentionnons la térébenthine, l'huile camphrée en frictions dans les cas très légers.

Janowski recommande les révulsifs locaux comme une pâte à acide salicylique p. ex sur les points douloureux.

On peut employer le chlorure d'éthyle. On promène le jet le long du trajet douloureux et on s'arrête dès que la peau commence à blanchir, ou bien on place sur l'endroit douloureux un tampon de coton, imbibé du même produit. Nous mentionnons également comme révulsif les compresses chaudes, cataplasmes, pointes de feu.

L'électricité entre aussi dans le traitement des névralgies. Sédatif quand on se sert de bains de lumière, galvanisation, effluation de statique ou de haute fréquence, diathermie, rayons infrarouges, radiothérapie. Révulsif si on emploie les étincelles statiques ou de haute fréquence. On ne s'en servira pas à la période aigüe.

Injectons locales : plus ou moins étendues suivant l'étendue de la région touchée. 10-20-30 centigrammes de novocaïne est nécessaire parfois, que l'on injecte sous forme d'une solution à 1-2% dans du serum physiologique. d'autres substances sont aussi employées, comme alcool, lipidol etc. Technique : l'aiguille est enfoncée au contact du point douloureux lui-même et cherche le contact osseux pour éviter toute injection dans les tissus avoisinants, en particulier dans la plèvre (thorax) et ayant ce contact, on pourra alors injecter le liquide modificateur.

Si l'on estime que le nerf est atteint, non au niveau de la gouttière costale, mais au niveau du trou de conjugaison, c'est à l'injection épidurale qu'il faut avoir recours. (Haguenau, dans *Pratique Médico Chirurgicale* 1931).

OBSERVATIONS

Observation inédite du Dr. Bith. M^{ons}. M... 45 ans, est pris brusquement d'une douleur violente dans la région appendiculaire, il craint une appendicite et m'appelle d'urgence.

L'examen montre l'abdomen souple, avec une région sensible à droite de l'ombilic. Le pouls est normal, il n'y a pas de température, pas de nausées, pas de réaction péritonéale, ni constipation. Je m'oriente vers le diagnostic de névralgie, et je trouve des points paravertébraux (12^e dorsal et 1^{er} lombaire) et la douleur au pincement de la paroi dans la région sensible.

L'algocratine donnée pendant plusieurs jours enlève toute sensibilité. Le malade guérit complètement et ne fait pas de rechute depuis plusieurs années.

Observation du Dr. Carnette. Une jeune fille de 20 ans a eu des douleurs constantes spontanées et provoquées par la pression dans la partie inférieure et droite de l'abdomen. Plusieurs chirurgiens l'ont examinée et tous étaient d'accord qu'il s'agissait d'une appendicite chronique.

J'ai enlevé son appendice; la convalescence fut normale. Les douleurs étaient disparues quand elle quitta l'hôpital au bout de 3 semaines; mais au bout de 6 semaines, les douleurs sont revenues quand elle reprit son activité normale, et persistèrent pendant 2 années.

Elle consulta alors un gynécologue qui fit une laparotomie exploratrice et enleva un ovaire grossièrement normal (à droite) pour la guérir de sa névralgie ovarienne.

Les douleurs disparurent après l'opération mais réapparurent au bout de 2 mois et existaient encore quand j'ai vu cette jeune fille 2 années plus tard. J'ai trouvé alors une incurvation latérale et un raccourcissement d'une jambe de 5/8 inch (environ 2cm 5). Celui-ci fut corrigé. Une guérison complète s'en suivit qui persiste depuis six ans.

Observation de Dr. Carnette (résumé). Patient israélite, marchand, 29 ans. Jamais malade. Il y a plusieurs semaines, quelques douleurs se sont développées dans plusieurs jointures. Ses amygdales ont été trouvées infectées et enlevées par la suite, il y a douze jours. A la suite d'une hémorragie survenant le soir de l'opération, on a été obligé de suturer la loge amygdalienne.

Il y a 10 jours, à 5 heures du soir, il fut pris d'une douleur aiguë dans la région lombaire, durant une heure, puis s'étendant sur tout l'abdomen, plus forte dans le quart supérieur et droit. Il avait vomi plusieurs fois. Vers minuit on demande le Dr. Carnette. Les douleurs persistent avec les mêmes caractères. L'abdomen est dur avec rigidité extrême dans le quadrant supérieur droit. Il y a une hypersensibilité sur tout l'abdomen, plus marqué sous le rebord costal droit.

Jusqu'ici l'histoire et l'examen clinique indiquent une perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal, mais l'examen ultérieur jette le doute sur ce diagnostic. Quand le patient ajoute la tension volontaire de ses muscles abdominaux à la contraction préalable, l'hypersensibilité persiste sur tout l'abdomen. Le pincement de la peau et de la graisse sur l'abdomen, la poitrine et les fesses donne l'épreuve d'une hypersensibilité marquée.

Il n'est pas douteux qu'une névralgie intercostale était présente sous une forme suffisamment aiguë pour expliquer les douleurs, et l'hypersensibilité du patient.

Le tissu adipeux étant très mince, on pouvait voir les muscles irrégulièrement contractés. Les digitations du grand dentelé de deux côtés étaient visibles et palpables. Pas de diminution de la matité hépatique.

Examen physique et radiologique de la poitrine : négatif.

Numération globulaire : 18.600 dont 90°, polynucéaires. Analyse des urines : négatif.

Le Dr. Carnette se décide pourtant à opérer. Incision, pas d'exsudat quand on rencontre le péritoine. Celui-ci fut ouvert. La palpation de la vésicule biliaire, rein droit, pancréas ne relève rien d'anormal. La région gastrodénale est découverte et on la trouve libre de toute lésion. L'entour de l'appendice fut palpé, mais ne montra rien d'anormal non plus.

L'incision fut fermée sans drainage. L'exploration n'a duré que

quelques minutes. Les douleurs furent calmées par la morphine et deux jours après l'opération s'apaisèrent pour disparaître complètement au bout de trois jours, de même que la rigidité.

Observation du Dr. Lian. Rey...26 ans, soldat du 1^{er} Génie. Le 13 mai 1916, le malade est envoyé avec le diagnostic d'endopéricardite. Dans ses antécédents une fièvre typhoïde à l'âge de 18 ans est à noter, puis rien jusqu'en 1915. A cette époque un éboulement le contusionne violemment : points douloureux thorciques, dyspnée, hémoptysie. Le malade est évacué et ne retourne au front que le 25 juin 1915. Revient pendant l'hiver à l'arrière : toux, quelques crachats sanglants.

Alors dans la journée il avait ressenti une forte émotion un soir en dînant il ressent une douleur dans la région apexienne. Cette douleur persiste pendant 8 jours, assez violente pour l'obliger à s'arrêter, couvert de sueurs froides.

Le 7 mai en buvant, il éprouve une vive douleur dans l'œsophage. Le soir au dîner même douleur œsophagienne, les bouchées solides paraissent s'arrêter dans l'œsophage et quand il boit pour faire couler, le liquide froid cause une vive douleur.

Le 8 mai, la marche est pénible. Il ressent une douleur précordiale irradiant au coude gauche. Par instant la douleur est si violente, qu'il est obligé de s'arrêter et de se coucher à terre.

14 mai : l'examen montre un cœur absolument normal, cliniquement et radiologiquement. Mais points douloureux à la pression des extrémités internes des 4^e et 5^e espaces intercostaux gauches.

Point douloureux juxta-vertébral à gauche, zone d'hyperesthésie nette et constante, large du 4^e espace à la 8^e côte dans la région précordiale, s'amincit ensuite pour s'élargir de nouveau dans la région latervertébrale gauche.

15 mai : un traitement par ventouses scarifiées, 1gr 50 d'aspirine amène une amélioration notable : les douleurs sont nettement moins fortes.

3 juin : il ne persiste qu'une légère zone d'hyperesthésie.

Observation inédite du Dr. Bith. Mons, Lest.... 60 ans, se porte parfaitement bien, mais légèrement hypertendu 17-9 au Vaquez. Ne se plaint jamais de troubles cardiaques, l'examen stéthacoustique est négatif.

Le 15 avril 1936 il est pris brusquement d'une douleur violente dans la région précordiale. Malgré l'intensité de la douleur il n'est pas angoissé. Connaissant son hypertension il se figure d'avoir une crise d'angine. Passe une très mauvaise nuit et le matin m'appelle.

Examen : la tension artérielle est la même qu'avant. Je ne trouve absolument rien d'anormal au cœur, mais mon attention est attirée vers une névralgie intercostale à cause de la douleur extrême, et le manque d'angoisse. J'en constate alors les signes : Hyperesthésie très marquée et points douloureux paravertébraux et axillaires au niveau des espaces 4 et 5. Point sous-mammaire particulièrement net.

Je prescris un antinévralgique et dans l'après-midi la douleur s'atténue puis disparaît complètement.

Rien depuis, il se porte parfaitement bien.

Observation du Dr. Bith (inédite) Mlle. F... 25 ans, femme de chambre, est prise d'une douleur violente dans le côté droit, au milieu de la nuit. Elle a de la difficulté à respirer, car cela cause une augmentation de ses souffrances. Le thorax est presque immobilisé par cette douleur. On ne trouve aucune affection pulmonaire ou pleurale, par contre on constate les signes d'une névralgie intercostale : points douloureux dans le sixième espace intercostal droit et une sensibilité exagérée le long de celui-ci. Il s'agit en plus d'un grand nerveux. Devant ses angoisses je fais une injection de morphine. Le lendemain la douleur s'atténue et elle part pour son service. Puis la douleur disparaît progressivement sous l'influence d'antinévralgiques.

Observation inédite du Dr. Bith. Mlle H... 27 ans, est prise subitement d'une douleur violente dans l'hémithorax droit, qui gêne la respiration et augmente par la toux. Elle s'accompagne d'angoisse. L'examen stéthacoustique ne révèle aucun signe d'inflammation pleurale ou pulmonaire, par contre on trouve des points paravertébraux dans les 5^e et 6^e espaces intercostaux droits, douleurs à la pression le long des nerfs correspondants.

Une médication antinévralgique par du camphosalyle enlève rapidement toute douleur.

Aucune affectation dans les mois suivants.

Observation inédite du Dr. Bith. Mr. B.... 25 ans, présente une douleur violente et brusque dans la fosse iliaque gauche, douleur avec élancement. Pas de défense de la paroi, pas de douleur à la dépression abdominale. L'intestin semble normal, non spasmé, non distendu. La rate n'est pas perceptible, le rein n'est pas palpable. Pas de troubles digestifs, mais les mouvements et la toux augmentent la douleur. La pression est douloureuse au niveau du trou de conjugaison à la 12^e racine dorsale gauche, de même que la percussion et le pincement de la peau sur le trajet de ce nerf détermine la douleur.

On prescrit des antinévralgiques, qui améliorent la douleur. Guérison en deux jours. Aucune maladie depuis trois ans.

Observation personnelle. Mlle. D... 31 ans, très fatiguée ayant beaucoup de travail, se plaint constamment d'être malade. Elle a un « point » dans le dos depuis son enfance. Plusieurs médecins ont recommandé de faire attention à sa santé. Il y a un an, un soir, sur le point de s'endormir, elle est prise brusquement d'une douleur très forte sous le sein gauche. Elle s'assoit angoissée, la respiration suspendue, car si elle fait la moindre inspiration, la douleur devient d'une acuité extrême. Elle sent son cœur battre fortement et de temps à autre elle a l'impression d'un arrêt cardiaque. Ces crises reviennent plusieurs fois par mois et semblent avoir une relation avec son état de nervosité plus ou moins grand. C'est toujours dans le décubitus gauche que les attaques surviennent.

Il y a 3 mois que j'ai pu l'examiner, et depuis à plusieurs reprises au moment des attaques. Je constate alors une arythmie extrasystolique, et une très légère tachycardie. En dehors des crises rien d'anormal au point de vue cardiaque. Tension un peu faible 11 et 12 — 7 et 12. Pas de signe stéthacoustique au point de vue pleuro-pulmonaire.

Un point douloureux provoqué existe continuellement sous le sein gauche, de même dans l'espace 4 et 5 deux points paravertébraux. La pression forte sur le point sous-mammaire détermine une très légère crise.

Ces attaques durent 4 à 5 minutes. Depuis un an tout est invariable, sauf que les attaques s'espacent de plus en plus.

Observation personnelle. Mlle. D.... 28 ans, toujours très bien portante. Il y a quelques mois elle a pris froid dans une piscine.

Le lendemain : fièvre, frissons. Le médecin diagnostique un abcès de la gorge. Malade pendant deux ou trois semaines, elle guérit mais garde une petite irritation chronique, tousse un peu dès que la température baisse et que l'air est humide.

C'est depuis qu'elle a des points douloureux dans le dos variant d'un jour à l'autre. Il lui arrive parfois qu'en se couchant sur le côté gauche elle se réveille prise d'une douleur dans la région cardiaque accompagnée d'un engourdissement de tout son côté gauche. Elle doit alors faire des efforts considérables pour se retourner.

L'examen clinique des organes ne montre rien d'anormal.

Observation personnelle. Mlle B.... 23 ans. Il y a deux mois en rentrant à mon domicile, le patron d'hôtel m'arrête et me demande d'examiner une jeune fille qui s'est trouvée mal et son état est tellement inquiétant qu'il ne sait pas s'il n'était pas nécessaire de l'amener à l'hôpital d'urgence.

Quand j'arrive auprès d'elle tout va déjà un peu mieux. Elle a ses menstruations, perd beaucoup, mais ce qui l'inquiète le plus, c'est une sensation angoissante et de la douleur dans la région cardiaque avec engourdissement du bras gauche. Elle est pâle, son pouls bat normalement, ses extrémités ne sont pas froides, malgré qu'elle se sent glacée. Je me rassure qu'il ne s'agit pas d'une grossesse extrautérine. Je la mets dans une position inclinée, la tête basse, prête à appeler un médecin si les choses ne vont pas bien. Je l'examine pour ses douleurs et trouve la région sous-mammaire hypersensible, mais je presse un peu fortement, et la jeune fille qui allait mieux, accuse les mêmes sensations qu'au début, mais cela ne dure que quelques secondes. Je ne trouve rien d'anormal en dehors de ceci. La tension artérielle est de 12-7.

La même histoire se renouvelle encore deux fois en six semaines.

Etant donné qu'elle perd entre ses règles, je l'amène à l'hôpital où l'on fait le diagnostic de métrite cervicale et on trouve une petite masse salpingienne à droite. Quant à ses douleurs on pense à une aërophagie. L'examen radioscopique montre une poche à air-gastrique normale et des poumons normaux. Rien qui puisse faire penser à une pleurésie.

CONCLUSIONS

La névralgie intercostale essentielle existe, elle est même assez fréquente.

Elle touche plus souvent les femmes que les hommes, les jeunes que les individus âgés, le côté gauche que le côté droit (sur le thorax). L'atteinte des derniers nerfs intercostaux donne des névralgies de la paroi abdominale.

Elle survient par paroxysmes douloureux, dans l'intervalle desquels la douleur peut être minime et doit être recherchée soigneusement.

Elle prête à confusion avec d'autres maladies (appendicite, angine de poitrine, pleurésie etc).

1) Par la douleur et les points douloureux surtout, qu'elle détermine.

2) Par les troubles fonctionnels réflexes qui l'accompagnent dans certains cas.

Le diagnostic se fait en deux temps :

1) Diagnostic de la névralgie

2) Elimination de toute maladie dont elle pourrait être un symptôme.

Son pronostic est essentiellement bénin.

Vu: *Le Président de thèse,*
MAURICE VILLARET

Vu: *Le Doyen,*
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

J. B. CARNETTE : **Intercostal neuralgia of the abdominal wall.** Colorado Medecine Vol. 27 No : 3 March 1930

— **Case of intercostal neuralgia simulating an acute intraabdominal catastrophe.** Surgical Clinics of North America. Decembre 1930, Philadelphia.

— **Acute and recurrente pseudo-appendicitis due to intercostal neuralgia.** American Journal of the Medical Sciences. Decembre 1927, Philadelphia.

— **Simulation of gal-bledder disease by intercostal neuralgia.** Annals of Surgery, Novembre 1927, Philadelphia.

— **Chronique pseudo-appendicitis due to intercostal neuralgia.** A.M.J. M. SC. Novembre 1927.

CARNETTE et BATER : **Traitement de la névralgie intercostale et de la paroi abdominale.** An. of Surg. Novembre 1933.

COLLECTION SERGENT : **Traité de la Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée.** Paris 1922, Tome V et VI.

FERNAND LEVY et A. BAUDOIN: **Les névralgies et leur traitement.** Paris Bailliere édit. 1909 (Les actualités médicales).

J. FORESTIER : **Le trou de conjugaison vertébral et l'espace épidural.** Thèse médicale de Paris 1922.

W. JANOWSKI : **De la névralgie intercostale. Etude des symptômes accusés par les malades.** Paris. Masson édit. 1911 (L'œuvre médico-chirurgicale No 62).

— **Les névralgies de la paroi abdominale du point de vue pratique.** Revue de Médecine. Paris, 1922, XXXIX.

C. LIAN : **L'angine de poitrine. Formes cliniques, traitement.** Paris, Masson édit. 1932.

— **Angine de poitrine et névralgies thoraco- brachiales.** Journal de Médecine et de Chirurgie. 10 Mars 1931.

LOEPER : **Les traitements de la douleur.** L'évolution thérapeutique. 1933.

PRATIQUE MEDICO-CHIRURGICALE, tome IV. Masson et Cie. édit. 1931.

PRITCHARD : **Thoracic pain simulating pleurisy.** Tubercle. Septembre 1929, London.

ROGER : **Diagnostic des algies nerveuses.** Monde Médical 1921, XXX.

F.WETTERVALD : **Traitement manuel dans les maladies de la nutrition. Les névralgies.** Paris, Vigot édit. 1910.

— **La cellulite considérée dans ses rapports avec la névralgie inter-costale.** Progrès Médical 1922, XXXV.

